Aus der Universitätshautklinik in Freiburg i. Br.
(Direktor: Prof. Dr. G. A. Rost)

Die Psoriasis der Mundschleimhaut.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der Zahnheilkunde
vorgelegt der
Hohen Medizinischen Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität
Freiburg im Breisgau

von

Alfred Otto aus Düsseldorf
approb. Zahnarzt.

1932
Buchdruckerei Karl Schahl, Lörrach

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät

der Universität Freiburg im Breisgau

Dekan:	Referent:
Prof. Dr. Rehn.	Prof. Dr. G. A. Rost.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit

gewidmet!

*

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543109_0168

Die Psoriasis der Mundschleimhaut.

Die Psoriasis, auch Schuppenflechte genannt, ist eine der häufigsten Hauterkrankungen. Sie befällt in der Hauptsache Personen zwischen dem 10. und 40. Lebensjahr. Das männliche Geschlecht ist bevorzugt. Die Psoriasis zeichnet sich durch Bildung kleiner roter Papeln aus, die sich vergrößern und Scheibenform annehmen. Die Papeln bedecken sich mit silberglänzenden lamellösen Schuppen. Bei Läsion kommt es zu kleinsten, kapillären Blutungen. Die Grundlage ist ödematös. Die Psoriasis, die in verschiedenen Formen auftritt, hat die Eigenschaft, sich peripher auszubreiten und nach und nach den ganzen Körper zu befallen. Ihre Effloreszenzen gehen spontan oder nach Behandlung zurück, um früher oder später wiederzukehren. Diese Neigung zu Rezidiven ist typisch und gibt ihr den Charakter einer chronischen Erkrankung. (Kren.)

Über ihre Ätiologie herrscht noch immer tiefstes Dunkel. Während man bisher vor allem neuropathische, arthritische und parasitäre Ursachen für das Entstehen der Psoriasis verantwortlich machte, ist man in neuerer Zeit mehr geneigt (insbesondere Rost), endokrinen Ursachen die Schuld zu geben. So tauchen immer mehr Zweifel auf, ob die Psoriasis überhaupt ein einheitliches Krankheitsbild darstellt. Rost denkt an hormonale Störungen. Seine Vermutungen finden ihre Unterstützung in einigen Fällen, bei denen in einem Fall nach erfolgter Insulinbehandlung die Psoriasis abheilte, in einem anderen Falle ebenfalls Heilung eintrat, als die Prostata wegen Hypertrophie entfernt wurde. In einem dritten Falle beobachtete Rost, daß die Psoriasiseffloreszenzen bei einer Patientin verschwanden, als sie schwanger wurde, daß sie wiederkehrten, als die Menses wieder einsetzten. Außerdem spricht die Zeit, in der die Psoriasis auftritt, also vom 10. bis zum 40. Lebensjahr etwa bemessen, für Rost's Annahme, da in diesem Lebensabschnitte die innersekretorischen Vorgänge die wichtigste Rolle spielen.

Trotz der Häufigkeit ihres Auftretens auf der Haut ist es von jeher ein Problem gewesen, ob die Psoriasis vulgaris auch die Schleimhäute befällt. Die Mehrzahl der Autoren (z. B. Hebra, Kaposi, Lang, Behrend, Lesser, Hallopeau, Leredde, Darier) stellen eine Schleimhautpsoriasis in Abrede.

Andererseits kennen wir Autoren, die ein Übergreifen von der Haut auf die Schleimhaut, ja sogar das isolierte Auftreten, für erwiesen halten.

Schon Willan, Babington, Gibert, Wilson u. a. bezeichnen Schleimhautaffektionen bei Psoriatikern teils als Psoriasis buccalis, teils als Psoriasis vulgaris.

Jedoch hat Schwimmer 1877 nachgewiesen, daß es sich in den allermeisten Fällen um eine Leukoplakia oris gehandelt hat.

Heute weiß man, daß die Psoriasis oft auch mit Munderscheinungen einhergeht, die, histologisch betrachtet, nichts mit ihr gemeinsam haben. In der Fachliteratur sind genügend Fälle beschrieben, in denen neben Psoriasis der Haut eine Leukoplakie im Munde zu finden war, sei es, daß sie zu gleicher Zeit auftrat, wie Schwimmer, Großmann, Schütz, Lissauer z. B. feststellten, sei es, daß die Leukoplakie schon vor dem Ausbruch der Psoriasis bestand, wie uns von Schwimmer und Schütz Fälle überliefert sind.

Auch Kombinationen mit dem Lichen ruber planus sind uns bekannt. Teils trat letzterer spontan auf, teils wahrscheinlich als Folge einer Arsenkur (Friedländer, Schäffer, Baum).

Man könnte also mit Recht an einen gewissen Zusammenhang zwischen der Psoriasis und besonders der Leukoplakie denken, muß sich jedoch davor hüten, die Leukoplakie als die Ausdrucksform der Psoriasis im Bereich der Mundhöhle aufzufassen, denn das histologische Bild der Leukoplakie ist ganz verschieden von dem der Psoriasis. Wir dürfen hingegen die Leukoplakie, in seltenen Fällen auch vielleicht den Lichen ruber planus, mit Recht zu den „accessorischen Symptomen" rechnen. Um nun feststellen zu können, ob es sich bei einer Schleimhautaffektion um eine Psoriasis vulgaris handelt, müssen wir unbedingt eine histologische Untersuchung vornehmen, denn sie kann uns in erster Linie Aufschluß geben. Klinische Symptome darf man außerdem heranziehen.

Im Jahre 1903 stellte Oppenheim 2 Bedingungen für das Vorhandensein einer Schleimhautpsoriasis:

1. Die Läsion muß räumlich vom Hautzustand getrennt sein, sich also nicht an Übergangsstellen, z. B. dem Lippenrot, befinden.

2. Das histologische Bild der untersuchten Schleimhautstelle muß das der Psoriasis wiedergeben.

Kren glaubt 1932, daß man dann eine Schleimhautpsoriasis vor sich habe, wenn folgende Forderungen erfüllt seien:

1. Schleimhaut- und Hauteruptionen müssen zeitlich zusammenfallen, die gleichen Schwankungen des Hautbildes durchmachen und gleichzeitig abklingen.

2. Die morphologischen Veränderungen müssen derart sein, daß die Annahme einer Psoriasis wahrscheinlich ist. Die Psoriasis der Mundschleimhaut wird ihren Charakter nicht soweit aufgeben, daß sie hier plötzlich in Blasen- oder Netzzeichnungen auftritt.

3. Es muß eine morphologische Gleichartigkeit zwischen Schleimhaut- und Hautefflorescenzen bestehen.

4. Als Lokalisation muß folgerichtig vor allem die Saumgegend in Betracht kommen.

5. Der gewebliche Aufbau der Schleimhautpsoriasis muß mit dem der Hautpsoriasis in Einklang zu bringen sein.

6. Sicher scheint als Schleimhautpsoriasis die zu sein, die als Fortsetzung einer Psoriasisplaque auf die Schleimhaut übergreift.

Kren hat einen Fall beobachtet — er wird unten angeführt —, bei dem die ersten 4 Punkte zutrafen.

Ehe wir uns den beschriebenen Fällen zuwenden, müssen wir kurz auf die Histologie der Psoriasis eingehen und die Differenzierung gegenüber der Leukoplakie, dem Lichen ruber planus und der Lues II herausschälen.

Nach Frieboes befinden sich die pathologischen Veränderungen im Epithel und in der Cutis. In beiden Geweben erkennt man ödematöse Durchtränkung. Die Gefäße des papillären und subpapillären Gewebes sind erweitert und von Lymphozyten mantelartig umgeben. Plasmazellen fehlen ganz. Das Bindegewebe weist keine Schädigungen auf. Infolgedessen heilt die Psoriasis ohne Narbenbildung ab.

„Die Papillen sind im Bereich der Psoriasisherde stark verlängert, auch zum Teil verbreitert, und ebenso weisen die interpapillären Zapfen dieselben Vergrößerungen und Formveränderungen auf. An dieser Volumenzunahme ist aber in den meisten Fällen der suprapapillär gelegene Teil des Deckepithels nicht beteiligt, im Gegenteil ist er meist erheblich verschmälert, sodaß oft nur ganz wenige Epithelzellreihen die Papillarspitzen bedecken; daher erklärt sich beim Kratzen das Auftreten der punktförmigen Blutungen aus den Papillarspitzen. — Erheblich dicker als normal ist die Hornschicht ausgebildet. Sie ist aber nur an wenigen Stellen hyperkeratotisch, d. h. bestehend aus annähernd homogenen, glasig erscheinenden Lamellen, sondern sie weist fast stets in ihren Lamellen massenhaft parallel zur Oberfläche angeordnete, spindelig lang gestreckte Kerne auf, die bei dem pathologischen Verhornungsprozeß in den Hornzellen erhalten geblieben sind. Man bezeichnet diesen Zustand als „Parakeratose“.“

Über das histologische Bild der Leukoplakie sagt Joseph, daß in normaler Haut das Plattenepithel der Mundschleimhaut weich ist und daher deutlich Kerne zeigt, während die Leukoplakie sich durch starke Verhornung auszeichnet, wobei im Plattenepithel die Kerne fehlen und infolgedessen eine Ähnlichkeit mit dem Stratum corneum der äußeren Haut zustande komme.

Charakteristisch ist also für die Leukoplakie das Fehlen der Kerne im Plattenepithel. Wir haben das Bild der Hyperkeratose vor uns.

Typisch für das histologische Bild des Lichen ruber planus sind nach Frieboes: Hyperkeratose (ohne Parakeratose), Verbreiterung der Keratohyalinschicht mit mäßiger Verbreiterung des Epithels überhaupt, plasmazellfreies Infiltrat in den Papillen und im subpapillären Gewebe.

Bei der sekundären Form der Lues finden wir anderes Infiltrat, mit Plasmazellen, ohne Hyperkeratose. Die Gefäße des papillären, subpapillären und zum Teil auch des tiefen kutanen Gewebes sind erweitert. Die Gefäßendothelien sind meist geschwollen. Die Gefäße sind zum Teil bis tief in die Cutis hinein von Infiltratmänteln, bestehend aus Lymphozyten und polynukleären Leukozyten, umgeben.

Die Mehrzahl der Autoren, die eine echte Psoriasis beschrieben haben, stellt ihre Diagnose auf Grund des histologischen Befundes. Andere Autoren jedoch glaubten schon aus den rein klinischen Erscheinungen auf die echte Schuppenflechte schließen zu dürfen, während wiederum andere ihre Diagnose „ex iuvantibus" stellten. Anspruch auf Zuverlässigkeit hat vorläufig nur die mikroskopische Untersuchung.

Im Jahre 1874 beschreibt Wagner einen Fall, bei dem sich am weichen Gaumen einzelne rote, deutlich umschriebene Flecken zeigen. Das Epithel weist makroskopisch keine wesentlichen Veränderungen auf. Nach wochen- und monatelangem Bestehen verschwinden sie mit den psoriatrischen Hauterscheinungen. Wagner bezeichnet die Schleimhautaffektion als Psoriasis vulgaris.

Pospelow berichtet 1882 von einer 25jährigen Bäuerin, die an einer Psoriasis vulgaris akuta erkrankt ist. Der Ausschlag griff auf das Lippenrot über, auch die Mundschleimhaut zeigt Effloreszenzen. Er schreibt darüber: „Das Lippenrot der Unterlippe war hyperämisch und bedeckte sich ebenfalls mit grauweißen Schuppen, die tellerförmig, mit ihrer konvexen Fläche zur Lippe gekehrt, aussahen und in Reihen standen. Vom Rande an der Lippe ging dieser Ausschlag nach innen auch auf die Schleimhaut über und zwar in Form weißlicher, gequollener, scharf umgrenzter kleiner Platten. Am linken Mundwinkel befand sich eine größere Schuppenplatte, die zum großen Teil auf der Schleimhaut saß. Zu beiden Seiten der Uvula sah man am weichen Gaumen scharf abgegrenzte, symmetrische, violettrote Flecken. Das Schlingen war bedeutend erschwert, die Tonsillen etwas vergrößert, hyperämisch."

Jordan entdeckte 1894 bei einem jungen Manne, der an Psoriasis erkrankt war, an der Wangenschleimhaut Plaques, die „alle Gewebscharaktere der Psoriasis zeigten". Die geringere Verdickung der Hornschicht kommt nach seiner Auffassung durch die dauernde Speichelbespülung zustande, die die verhornten Zellen entfernt. „Es handelt sich um weißliche Streifen in Kauflächenhöhe, die stellenweise dickeren Epithelbelag zeigen". Große Gaben von Jodkali (8,0 pro die) bewirkten Rückgang der Schleimhaut- und Hauterscheinungen. Deshalb glaubt Jordan, daß es sich in diesem Falle um eine Schleimhautpsoriasis handelt.

Ausführlich berichtete 1897 Kuznitzky über einen Fall von Mundschleimhautbeteiligung bei Psoriasis. Es heißt:

„Auf der Unterlippe der 44jährigen M. M. befanden sich

zwei annulläre Psoriasiseffloreszenzen, die eine ungefähr Markstück-, die andere 10 Pfennigstück groß. Die kleinere Effloreszenz griff mit etwa einem Drittel ihres Umfanges auf das Lippenrot über, während bei dem größeren Ringe der Mittelpunkt auf das Lippenrot selbst fiel, sodaß nur ein relativ kleines Kreissegment auf die Haut der Unterlippe kam; ein noch kleineres Segment des Kreises aber wurde beim Lippenschluß durch die Oberlippe verdeckt; es saß also in der Tat nicht mehr auf der sogenannten Übergangsschleimhaut, sondern bereits auf der eigentlichen, echten Schleimhaut der Mundhöhle. Sehr lehrreich war das verschiedene Aussehen der einzelnen Kreisabschnitte dieser Effloreszenzen, je nach dem Boden, auf dem sie saßen: auf der Haut der Unterlippe die bekannten silberglänzenden Schuppenmassen; auf dem Lippenrot eine glanzlose, rauhe, schilfernde Oberfläche, dem Aussehen „spröder Lippen" vergleichbar; sie überragte um ein Geringes das Niveau des Lippenrotes; an der von der Oberlippe bedeckten Stelle: graue Verfärbung der Schleimhaut wie bei Plaques opalines."

Der Wassermann fiel, wie Kuznitzky mitteilt, negativ aus; die histologische Untersuchung scheiterte leider an dem Widerstande des Patienten, eine kleine Exzision vornehmen zu lassen.

Kuznitzky weist bei diesem Falle darauf hin, daß mit Sicherheit eine echte Psoriasis der Mundschleimhaut vorliege.

Kreibich demonstrierte 1900 in Wien eine Psoriasis vulgaris der Lippenschleimhaut in Form großblättriger Abschuppung, die in der rechten Lippenhälfte über den Lippenraum als „kleinbogenförmiges Randinfiltrat" hinausreichte. Daher bestand eine über den Stamm und die Extremitäten sich erstreckende Psoriasis.

Interessant dürfte sein, daß Lang, der früher das Vorkommen der Psoriasis auf der Mundschleimhaut ablehnte, durch Beobachtung zweier Fälle, einmal an der Konjunktiva palpebrarum, das andere Mal in Form scharf abgegrenzter, weißlicher Auflagerungen von Stecknadelkopf- bis Linsengröße auf der Mundschleimhaut, seine Ansicht dahin abänderte, die Möglichkeit wenigstens zuzugeben.

Wie schon erwähnt, fordert Oppenheim als Beweis für eine vorhandene echte Schleimhautpsoriasis:

1. daß ein räumlicher Abstand zwischen Haut- und Schleimhauterscheinungen bestehe,

2. daß der histologische Befund das Bild der Psoriasis wiedergebe.

Diese Voraussetzung sah er in einem von ihm sehr ausführlich geschilderten Falle zutreffen, in welchem er zur Differenzierung gegenüber von Leukoplakie auf das Fehlen einer Eleidinschicht und den Mangel an einer Sklerosierung im Corium hinwies (Trautmann).

Oppenheim schreibt im Jahre 1903:

„Seitlich an der linken Wangenschleimhaut sieht man eine scharf begrenzte, ovale, etwa hellergroße, bläulich-weiße Stelle, die deutlich über das Niveau der übrigen Schleimhaut hervorragt und sich nach oben bogenförmig an der vom Mundwinkel nach hinten verlaufenden Linie begrenzt; nach abwärts endet diese Plaque gegenüber dem linken Eckzahn. Oberhalb dieser, von der Oberlippe nach hinten und rechts ein etwa guldengroßes Feld bedeckend, sieht man eine analoge Plaque, die von bogenförmig nach abwärts verlaufenden Furchen durchzogen ist und nach abwärts mit drei halbkreisförmig begrenzten, erhabenen Feldern endet. Beide Plaques sind vom Lippenrot, das ganz normal ist, scharf abgesetzt. Ganz ähnliche Veränderungen, jedoch geringeren Grades, zeigt die Schleimhautoberfläche der rechten Wange.

Ganz eigenartig sind die Veränderungen an den hinteren Partien des harten Gaumens. Die Schleimhaut ist hier eigentümlich gefaltet, indem von mehreren parallel nach hinten zur Uvula und medial verlaufenden Falten seitliche Ausläufer in Form kleiner, bogenförmig seitwärts ziehender Falten ausgehen, die sich gegen das Zahnfleisch verlieren. Die quere Faltenbildung setzt sich nach hinten und abwärts auf das Gaumensegel fort, erreicht aber nicht die Wurzel der Uvula; nach vorne und oben werden die Querfalten immer deutlicher und höher, sodaß sie mit den eingangs erwähnten Längsfalten die Form eines T bilden. Die Schleimhaut ist in toto bläulich-weiß verfärbt und zeigt an zahlreichen Stellen stecknadelkopfgroße Lücken, die von kleinen weißen, erhabenen Wällen umgeben sind. — Alle diese bisher beschriebenen Veränderungen der Schleimhaut konnten noch immer im Sinne einer Leukoplakia oris gedeutet werden. Dies ist jedoch nicht möglich bei zwei affizierten Stellen der Gaumenschleimhaut.

Man sieht nämlich seitlich am linken Gaumenbogen sowie an der Zahnfleischzacke zwischen letztem und vorletztem oberen Mahlzahn zwei runde, scharf begrenzte und elevierte Hautefflo-reszenzen, die in ihrer Farbe etwas voneinander differieren. Der untere Herd sitzt im Übergang des Velum palati in den Gaumenbogen, ist grau-weiß, ragt ungefähr 1 mm über das Niveau der übrigen Schleimhaut empor, hat einen scharfen, kreisrunden Rand. Sein Durchmesser beträgt ungefähr 1 cm. Die Oberfläche zeigt ein feingesticheltes Aussehen, als ob feinste Poren die ganze Plaque durchsetzen würden. Die umgebende Schleimhaut ist vollkommen normal, von blaßroter Farbe; es besteht keine Gefäßinjektion, kein Oedem und keine Infiltration der Umgebung. Diese Plaque wurde zum Zwecke der histologischen Untersuchung exzidiert.

Der zweite Herd ist etwas kleiner, bildet ein Oval von 5 mm Quer- und 7 mm Längsdurchmesser. Er ist von gelblich-weißer Farbe und fast ganz glatter Oberfläche. Die Niveauerhebung ist geringer als bei der ersten Plaque. Die umgebende Schleimhaut

der Gingiva hat normale Beschaffenheit. Uvula, hintere Rachenwandung, Zungengrund, Kehlkopf, zeigen keine pathologischen Veränderungen."

Bei der histologischen Untersuchung der exzidierten Plaque fand Oppenheim in der Tat die histologischen Charaktere, wie wir sie bei der Psoriasis der Haut antreffen: reichliche Lamellenauflagerungen aus kernhaltigen Epithelzellen, Verbreiterung der interpapillären, nicht suprapapillären Schichten, Verlängerung der Papillen, Gefäßerweiterung und oberflächliche kleinzellige Infiltration. Diese Veränderungen sind also parakeratotischen Charakters.

Zu diesem histologischen Ergebnis meint nun aber Thimm, daß dies in der Mundhöhle durchaus physiologisch sei, wie es z. B. Koelliker beschrieben habe. Er führt die Veränderungen im Gewebe auf die dauernden Reize, denen es ausgesetzt ist, zurück. Dagegen kann man jedoch einwenden, daß man zur Differenzierung ohnehin gesunde Mundschleimhaut mit untersuchen muß.

Oppenheim stellt also in der Hauptsache auf Grund des histologischen Befundes seine Diagnose auf echte Mundschleimhautpsoriasis.

An einem 34jährigen Psoriatiker konnte 1904 Thimm Schleimhauterscheinungen feststellen. Er schildert sie folgendermaßen:

„Mitten auf der etwas wulstigen Unterlippe war ein roter, runder, zweimarkstückgroßer Fleck derart etabliert, daß ziemlich genau die eine Hälfte auf die äußere Haut zu liegen kam, während die andere sich in durchaus gleicher Größe und in kontinuierlichem Zusammenhang auf das Lippenrot, zum Teil auch noch auf die von der Oberlippe bedeckte Schleimhautpartie fortsetzte. Da der Kranke täglich rasiert wurde, so war von einer Schuppenbildung auf der äußeren Haut kaum etwas wahrnehmbar. Auch das affizierte Lippenrot war schuppenfrei, nur nach der Mitte zu war eine eben wahrnehmbare weißliche Verfärbung gerade noch zu erkennen. Der Fleck war in toto rot mit ganz minimal elevierten Rändern. An der Stelle jedoch, wo sein Rand den Lippensaum kreuzte, sah man beiderseits eine stärker gerötete, papulöse Erhebung von glänzender, wie lackierter Oberfläche. Nur der hintere Rand des Fleckes war undeutlich und von der stellenweise weiß-grauen, leukoplakischen Schleimhaut der Unterlippe nicht überall sicher abzugrenzen. Ich sprach den ganzen Herd gleichfalls als eine Manifestation der Psoriasis vulgaris an.

Weiter fanden sich Psoriasiseffloreszenzen in der stark bebärteten Oberlippe vor. Von diesem gingen nun in genau der gleichen Weise Herde kontinuierlich von der äußeren Haut unten in beide Nasenlöcher über. Sie unterschieden sich von dem Fleck der Unterlippe nur durch die stärkere Schuppenbildung, welche auch noch im Naseneingang deutlich zu sehen war.

Aber außerdem fanden sich in der Schleimhaut der rechten Wange oben und hinter dem Mundwinkel noch zwei Erkrankungsherde von gleicher Beschaffenheit vor, wie sie bei dem vorhergehenden Psoriasisrezidiv beobachtet worden waren.

Da diese Effloreszenzen beide Male gleichzeitig mit der allgemeinen Eruption der Schuppenflechte aufgetreten waren, da ferner der zuerst bemerkte Herd zugleich mit den äußeren Manifestationen sich zurückgebildet hatte, da endlich auf der Unterlippe eine Psoriasisplaque auf das Lippenrot und die Mundschleimhaut, desgleichen Psoriasisherde von der Oberlippe auf die Nasenschleimhaut sich kontinuierlich fortsetzten, so stellte ich trotz meines bisherigen Anderswissens und trotz der abweichenden Ansicht der meisten Lehrbücher die Diagnose auf echte Psoriasis vulgaris der Schleimhaut."

Isaak bezeichnete 1914 bei einem Psoriatiker eine gleichzeitige Affektion an der Zungenschleimhaut ebenfalls als echte Schleimhautpsoriasis. Diese Effloreszenz verschwand unter der Behandlung zugleich mit den Hauterscheinungen. Der Wassermann blieb negativ. . . . „Jetzt sieht man grau-weiße, konfluierende Auflagerungen bis zu den Papillae circumvallatae. Es handelt sich also um eine echte Schleimhautpsoriasis, nicht etwa um Plaques, die von der Haut auf die Schleimhaut übergegriffen haben. Es sind auch Effloreszenzen an der Wangenschleimhaut vorhanden. Es scheint, als ob es sich nicht um Epitheltrübungen, sondern um Filtrate handelt."

Im Jahre 1918 stellt Heller in der Berliner Dermatolog. Gesellschaft einen 18jährigen Mann vor, der seit seinem 12. Lebensjahre an Psoriasis leidet. Bei ihm ist die Lippenschleimhaut gleichfalls von der Psoriasis befallen. Auffallend sind die querverlaufenden Rhagaden. Ledermann bemerkt zu diesem Fall, daß es sich wohl um einen Übergang von der äußeren Haut auf das Lippenrot handle; denn nur selten sei die Schleimhaut isoliert befallen.

Reil untersuchte 1920 unter dem Mikroskop eine exzidierte Schleimhautplaque eines Psoriatikers und fand dabei Parakeratose, Epithelwucherung, vermehrte Füllung der Kapillargefäße. Auf Grund dieses Befundes diagnostizierte er eine Psoriasis vulgaris der Schleimhaut.

Interessanterweise fand im Jahre 1921 Rugani bei einem an Psoriasis Erkrankten eine scharf begrenzte, graue Erhabenheit an den wahren Stimmbändern, die er für eine Psoriasis vulgaris hielt, da die Effloreszenz bei jedem Neuausbruch der Schuppenflechte festgestellt werden konnte.

In der Freiburger Universitäts-Hautklinik (Rost) wurde 1922 von Keller ein Fall von Mundschleimhautpsoriasis beschrieben; dort zeigten sich im Munde „beiderseits auf der Wangenschleimhaut mehrere linsengroße Flecke, alle von dem gleichen Aussehen: von grau-weißlicher matter Farbe, rund und

scharf begrenzt. Sie treten kaum über die normale Hautebene hervor, stehen teilweise in Gruppen und sind auch zu markstückgroßen Herden zusammengeflossen. Die Hauptmasse der Flecke liegt in der Höhe der Kaufläche, vorzüglich in der Gegend der hinteren Molaren. Ihre morphologische Besonderheit besteht in einer feinen Tüpfelung. Die höchstens nadelkopfgroßen Punkte sind gefärbt wie die normale Schleimhaut und nehmen etwas vertieft auch an ihrem Niveau teil. Die erkrankte Stelle hat also ein siebartiges Aussehen. Sonst sind Zunge und Zahnfleisch frei. Der weiche Gaumen ist auffallend gelblich und etwas gewulstet: die Schleimhaut sieht aus wie „gekocht“.“

Es folgt dann die Beschreibung des histologischen Bildes: „Mächtige Verbreiterung des Epithels, vor allem der Reteleisten. Die Stachelzellenschicht besteht in den mittleren Lagen aus großen blasigen Zellen mit normal kleinem Kern. Keine Körnerschicht. . . . Die einzelnen Zellen sind platt, kernhaltig und scheinen fest untereinander verbunden. An einzelnen Stellen sind Teile dieser Schicht in napfartigen, flächenförmigen Schuppen abgehoben, kleine Gruppen von Leukozyten liegen diesen Schuppen auf, aber es finden sich keine Mikroabszesse zwischen ihnen. Die Papillen, deren einige kurz und klobig, andere lang und gestreckt, bis an die obersten Epithellagen reichend erscheinen, sind bis in die Kuppel mit rundkernigen Zellen und zahlreichen zartgefärbten, gestrecktkernigen, neugebildeten Bindegewebszacken durchsetzt. Das Infiltrat greift bisweilen noch um die Reteleisten herum, schneidet im übrigen scharf mit der Grundlinie der Papillen ab. In der Cutis sind die Gefäße frei.“

Es wird dann erwähnt, daß Haut- und Schleimhauterscheinungen im Verlaufe einer Röntgentherapie allmählich verschwanden. Rezidive traten jedoch auf, sowohl am Körper als auch auf der Mundschleimhaut, hier in Form weißer Flecken. Keller schreibt weiter:

„Der Hauptbefund läßt klinisch wie histologisch Psoriasis erkennen. . . . Die Veränderungen der Mundschleimhaut entsprechen den Befunden von Oppenheim, Thimm, Reil und dem nach uns beobachteten Fall von Jordan.“

Keller vertritt die Auffassung, daß gewöhnlich bei Psoriasis vulgaris der Haut Mundschleimhauteffloreszenzen, wenn solche überhaupt aufträten, als Leukoplakia oris zu deuten seien. Die histologische Untersuchung habe aber gezeigt, daß es sich nicht immer um eine Leukoplakie handle, sondern auch eine Psoriasis darstellen könne. Für charakteristisch hält er in seinem Falle die scharfe Begrenzung, das feinporige Aussehen und die mattweißliche Verfärbung. Außerdem sind die Plaques, die schmerzlos sind, nicht verhärtet und zeigen beim Abkratzen keine kapilläre Blutung.

Keller schließt die Leukoplakie von vornherein aus, da keine abnorme Verhornung festzustellen, keine Körnerschicht

zu finden ist. Im übrigen sind die Kerne der Hornzellen erhalten.

Wir haben also das Bild der Parakeratose vor uns, wofür die „homogene Verdichtung der oberen Zellagen, der einzelnen Zelle wie der Zellen untereinander, welche Verdichtung sich in der erhöhten Anfärbung ausdrückt, spricht."

Keller hält diese Form der Schleimhauteffloreszenz für vergleichbar mit dem Bilde der Hautpsoriasis. Die Erfahrung könne nur lehren, ob es sich tatsächlich um eine echte Psoriasis der Mundschleimhaut handle; dann dürfe sich diese Effloreszenz nur in Gegenwart einer Psoriasis finden, nicht bei anderen Krankheiten. — Übrigens ist Keller heute davon überzeugt, daß er es in seinem Falle mit einer echten Psoriasis zu tun hatte.

Über einen zweiten Fall berichtete 1922 Jordan, und zwar handelte es sich um eine 27 Jahre alte Patientin, die am Körper viele typische Psoriasisplaques aufwies. Über Verdauungsstörungen hatte sie nicht zu klagen, für eine Lues waren keine Anhaltspunkte vorhanden. Auf der beiderseitigen Wangenschleimhaut befanden sich Affektionen, die ihren Ausdruck in zart weißer Verfärbung fanden. An einer Stelle konnte man weißen, dicken Belag feststellen, der sich nicht abkratzen ließ.

Die mikroskopische Untersuchung zeigte ein verbreitertes Stratum mucosum mit „schleimig degenerierten Zellen und wohlerhaltenen Kernen. Über dieser Schicht lag eine Schicht abgeplatteter Zellen, die deutlich hervorstachen. Darüber befanden sich Hervorragungen von lockeren verhornten Zellen. Die Lokalschicht der Rete war deutlich vom Corium abgetrennt, bis auf einige kleine Stellen, wo sich Lymphozyten in die epithelialen Zellen einschoben. In den oberflächlichen Partien des Coriums waren stellenweise Rundzelleninfiltrate vorhanden. Als differentialdiagnostisch der Leukoplakia oris fehlten eine Hypertrophie der Körnerschicht und die sklerotischen Prozesse im Corium."

Wir haben hier also eine Psoriasis der Mundschleimhaut vor uns.

Auch Rusch war 1925 in der Lage, einen Fall anzuführen. Der Patient ist 19 Jahre alt. Er leidet an einer sehr hartnäckigen, auch „histologisch verifizierten" Psoriasis vulgaris. Seit 8 Monaten befindet er sich in Klinik-Behandlung.

„Seit 14 Tagen bemerkt man sehr zarte, bläulich-weiße, aber auch saturiert-weiße, durchaus flache Flecke und Streifen an der Schleimhaut beider Backen, sowohl entsprechend der Schlußreihe der Zähne, als auch in den oberen und unteren Backentaschen, linkerseits in- und extensiver als rechts. Die verschieden breiten Streifen überkreuzen sich in schiefer Richtung, die Flecke zeigen Verästelungen, sodaß ein zierliches Netz- und Gitterwerk zustande kommt. Seroreaktion negativ, kein Tabaksmißbrauch."

Das histologische Präparat zeigte: Beträchtliche, aus Lymphozyten und Bindegewebszellen bestehende Infiltration des

Papillarkörpers, „Akanthose des Epithels, dessen 5—6 obersten Zellreihen aus langgestreckten, dichtgefügten Elementen mit färbbaren Kernen bestehen, deren Protoplasma hingegen deutlich Keratinreaktion geben. Man darf diesfalls wohl von parakeratotischen Erscheinungen am Epithel sprechen und hätte demnach das Recht, diese Beobachtung jenen spärlichen anzureihen, die auf Grund namentlich dieses Argumentes als Psoriasis vulgaris angesprochen werden."

Ein weiteres, sehr wertvolles Beispiel einer Psoriasis vulgaris mucosae oris liefert uns Westphalen 1928. Er entdeckte auf der Wangenschleimhaut zartweiß verfärbte, wenig erhabene, gefelderte Partien, auf der Zunge weißliche „fast warzig aussehende" Effloreszenzen, die ganze Oberfläche übersäend. Diese Auflagerungen ließen sich weder von der Wangen- noch von der Zungenschleimhaut abschaben. Über Rumpf, Extremitäten, Kopf und Nägel war eine typische Psoriasis verbreitet. Bei der histologischen Untersuchung eines Schleimhautpräparates kam Westphalen zu der Diagnose Psoriasis. Die Leukoplakie konnte er wegen Fehlens einer Hypertrophie der Eleidinkörnerschicht und wegen Mangels der Sklerosierung ausschließen.

Oppenheim konnte ein zweites Mal Affektionen an der Mundschleimhaut feststellen, und zwar 1930 bei einer 27jährigen Patientin mit ausgedehnter chronischer Psoriasis der Haut.

Es zeigten sich bei ihr an der Zunge erbsengroße, runde platte Plaques, „manche mit dunklerer zentraler Einsenkung." Die Zungenpapillen fehlten im Bereich der Affektion. An der Wangenschleimhaut waren lichenähnliche Veränderungen wahrnehmbar. Oppenheim vermutet hier ein spezifisches Symptom der Psoriasis.

Nicht weniger als 3 Fälle konnte Dreyer 1930 anführen.

Beim ersten handelte es sich nach dem Autor um eine Psoriasis der Zungenschleimhaut einer 42jährigen Frau, die seit 8 Jahren an Psoriasis litt. An den Seitenrändern der Zunge zeigten sich weißliche, kleinbohnenförmiggroße Plaques, die vielfach rund waren. Die Papillen traten z. T. stark hervor. Unter dem Mikroskop waren deutlich Parakeratose, starke Akanthose und Epithelverdickung erkennbar. Stellenweise stärkere Leukozytenansammlung an oberflächlich erodierten Epithelstellen. In der oberen Cutis fanden sich Lymphozyten und Plasmazellen.

Der zweite Fall, ein Patient, der seit 10 Jahren unter einer nie ganz abgeheilten Psoriasis litt, zeigte hinter den letzten Molaren auf der Wangenschleimhaut eine weißliche Trübung mit einer Anzahl ganz feiner, hirsekorngroßer Knötchen. Histologisch fand man: Verdicktes Epithel mit starker Verhornung und besonders Parakeratose. Das Bindegewebe des Papillarkörpers war nicht atrophisch, die elastischen Fasern erhalten. Dreyer hält in diesem Falle Psoriasis der Wangenschleimhaut für die richtige Diagnose.

In seinem letzten Falle nahm Dreyer vorne an der Wangenschleimhaut eine linienförmige Epitheltrübung mit feinen punktförmigen, weißlichen Knötchen wahr. Auch hier gab der histologische Befund das Bild der Psoriasis wieder, nämlich: Verdickung des Epithels, Parakeratose, mäßige Zellansammlung im Papillarkörper.

Im Februar des darauffolgenden Jahres veröffentlicht Schreiner einen Fall von Psoriasis der Mundschleimhaut. Es heißt u. a.:

„Interessanterweise konnten wir nun vor kurzem einen Fall beobachten, bei welchem die Psoriasis nicht an den gewohnten Prädilektionsstellen lokalisiert war, sondern im Gegenteil fast ausschließlich nur an solchen Stellen, die sonst selbst bei sehr generalisierter oder fast universeller Ausbreitung frei zu bleiben pflegen. Und gerade bei dieser offensichtlich ganz atypisch lokalisierten Erkrankung fanden wir zum ersten Male einen Schleimhautherd, den wir uns vollauf berechtigt glauben, als Psoriasis der Mundschleimhaut zu bezeichnen.

Am harten Gaumen findet sich, von der Zahnreihe und vom Zahnfleisch durch eine breite Zone normaler Schleimhaut getrennt, dem Bogen der Zahnreihe folgend, hufeisenförmig geformt, eine Plaque von blaßroter Färbung, die im mittleren Anteil 1,5 cm zurückreicht und von dort zapfenförmig gegen die Uvula ausstrahlt. Auch die rückwärtige Grenze ist gegen die normale Schleimhaut scharf abgesetzt. Innerhalb dieser Plaque finden sich mehrere fleckenförmige vorspringende, grau-weiße Herde. Einzelne Herde, besonders im hinteren Anteil des Gaumengewölbes regellos eingestreut, sind oberflächlich matt grau-weiß, wie punktiert und fühlen sich infolge leichter Epithelabschilferung rauh an."

Das histologische Bild ergab zwar keine vollständige Übereinstimmung mit dem der Haut, aber dennoch hält Schreiner die Affektion für eine Psoriasis, weil Haut- und Schleimhauteffloreszenz gleichzeitig aufgetreten waren, gleichlange bestanden und zusammen wieder verschwanden.

Schöne berichtet uns 1931 von einem 33jährigen Patienten, daß sich an Ober- und Unterlippe leicht abschilfernde und silberglänzende Schuppen befanden, an der Oberlippe auf das Lippenrot beschränkt, an der Unterlippe sich auch auf die Haut erstreckend. Beim Kratzen trat die charakteristische Kapillarblutung auf, während ein Loslösen von der Schleimhaut eine diffuse Blutung hervorrief.

An den Schamlippen befanden sich ebenfalls Effloreszenzen, die weißlich, graurot verfärbt und von derber Konsistenz waren.

Schöne läßt die Frage, ob es sich um eine echte psoriatrische Erscheinung handelt, offen.

Anfang 1932 wurde von Blumenthal ein Fall mitgeteilt, bei dem eine Psoriasis der Lippenschleimhaut festgestellt war.

Seit 7 Jahren sind behaarter Kopf und Schleimhaut affiziert. Auf den Lippen fanden sich leicht schuppende, scharf abgesetzte Herde vor. Das Lippenrot war in toto befallen und leicht infiltriert. Es war rissig und neigte zu Blutungen. Das mikroskopische Präparat ließ „eine geschichtete, vorwiegend parakeratotische Schuppe, Fehlen der Körnerschicht im Bereich des parakeratotischen Anteils der Schuppe, Akanthose, leichte Zellansammlung im Papillarkörpergebiet und mäßig perivaskuläres Infiltrat des Stratum subpapillare" erkennen.

Den jüngsten Fall von Psoriasis der Mundschleimhaut beschrieb kürzlich Kren eingehend. Es handelte sich um einen 12jährigen Knaben, der an der seborrhoeischen Form der Psoriasis litt.

Am Tage der Aufnahme waren die Lippen leicht geschwollen. In der Interdentalregion bestand links eine „ziemlich scharfrandige, helle Rötung, die nach vorne gegen den Mundwinkel sich fleckförmig auflöste. In der hinteren Interdentalregion erkannte man zwei kleine hellrote Flecken ohne sekundäre Veränderung. Leichtes Brennen." In den ersten Tagen nach der Aufnahme wurde eine Zunahme der Effloreszenzen auf der Haut und eine stärkere Rötung derer der Schleimhaut beobachtet. Nach weiteren 4 Tagen konnte ein kleiner Rückgang der Exsudation der Hautherde festgestellt werden. Die Schleimhautherde zeigten gelblich oberflächliche, seröse Exsudation. 3 Tage später machte sich ein weiterer Rückgang der exsudativen Entzündung bemerkbar. In der Mundhöhle waren die Erytheme weniger durchtränkt. Jetzt gelblich rote Farbe! An der Oberfläche der Schleimhautplaques hatte sich eine zarte zentrale Fältelung gebildet. — In der rechten Saumgegend entstand eine gleiche Affektion, allerdings von geringerer Ausdehnung und weniger ausgesprochen. Die Exsudation ging sowohl auf der Haut, als auch auf der Schleimhaut immer weiter zurück, bis auf der linken Seite in der Interdentalregion die Plaque leicht gelblich braun, im Zentrum das Epithel leicht bläulich-weiß verdickt erschien. Allmählich blassten die Haut- und Schleimhanterscheinungen ab. Nach kurzem Aufflackern der Entzündung trat fast vollständige Heilung ein.

Kren schreibt zu diesen seinen Beobachtungen: „Die Schleimhautaffektion erfüllt alle Forderungen, die man in Bezug auf die klinische Diagnose erheben kann. Sie ist mit der Hauteruption zeitlich zusammengefallen, sie hat die Schwankungen des Hautbildes kontemporär mitgemacht, sie ist gleichzeitig mit den Hautherden abgeheilt. Die Symptome des Haut- und Schleimhautbildes waren die gleichen. Die Lokalisation war die Saumgegend. Damit scheint die Möglichkeit der Mitbeteiligung der Mundschleimhaut, bei der seborrhoeischen Psoriasis wenigstens, sichergestellt."

Zusammenfassung.

Es läßt sich nach den angeführten Fällen nicht mehr leugnen, daß bei der Schilderung der klinischen Erscheinungsformen auf der Mundschleimhaut unter den Autoren eine gewisse Übereinstimmung herrscht, ganz zu schweigen von den histologischen Untersuchungsergebnissen. Demnach darf man wohl heute nicht mehr bezweifeln, daß auch die Schleimhäute, insbesondere die Mundschleimhaut, von der Psoriasis, sei es durch Übergreifen von der äußeren Haut, sei es durch isoliertes Auftreten, befallen werden. Fest steht jedoch, daß dies in den seltensten Fällen geschieht. Die Schleimhautmanifestation dürfte, den ausführlichen Schilderungen entsprechend, in erster Linie ihren Ausdruck finden in Plaques von gelblich-weißer bis mattroter Farbe, die charakterisiert sind durch scharfe Abgrenzung und leichte Erhabenheit, außerdem durch Exsudation.

Irgendwelche besondere klinische Bedeutung ist m. E. den Schleimhauterscheinungen nicht beizumessen, es sei denn, daß ein etwaiger Juckreiz oder Erosionen Beschwerden verursachen. Dann müßte eine entsprechende Therapie eingeleitet werden. Es muß allerdings klargestellt sein, daß es sich nicht um eine Leukoplakia oris handelt, da diese ja bekanntlich einen präkanzerösen Zustand darstellt.

Am Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dr. Rost für die freundliche Überlassung des Themas und für die mannigfachen Anregungen meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Literaturverzeichnis.

Blumenthal: Zbl. f. Haut- u. Geschl.-Krankh. Bd. 41 S. 191, 1932.

Darier: Precis de dermatologie.

Dreyer: Zbl. f. Haut- u. Geschl.-Krankh. Bd. 32 S. 787 u. Bd. 27 S. 34, 1930.

Frieboes: Grundriß der Histopathologie der Hautkrankheiten.

Gans: Histologie der Hautkrankheiten.

Groß: In Mrazeks Handbuch der Hautkrankheiten.

Heller: Dermatologische Wochenschrift Bd. 66 S. 218, 1918.

Isaak: „ „ Bd. 59 S. 1016, 1914.

Jordan: „ „ Bd. 75 S. 784, 1227, 1922.

Joseph: Hautkrankheiten.

Keller: Dermatologische Wochenschrift Bd. 75 S. 917, 1922.

Kreibich: Archiv f. prakt. Dermat. u. Syph. Bd. 56 S. 244, 1900.

Kren: „ „ „ „ „ „ Bd. 166 S. 511, 1932.
Über Psoriasis der Mundschleimhaut, in Denker-Kahlers Handbuch der H. N. O. Krankheiten.

Kuznitzky: Archiv f. prakt. Dermat. u. Syph. Bd. 38 S. 405 ff., 1897.

Lang: Lehrbuch der Hautkrankheiten.

Oppenheim: Monatsh. f. prakt. Dermat. Bd. 37 Nr. 11, 1903.
Zbl. f. Haut- u. Geschl.-Krankh. Bd. 35 S. 33, 1930.

Pospelow: Petersb. med. Wochenschr. Bd. 7 S. 385, 1882.

Reil: Dermat. Wochenschr. Bd. 73 S. 1189, 1920.

Riecke: Lehrbuch der Hautkrankheiten.

Rost: Hautkrankheiten.

Rusch: Zbl. f. Haut- u. Geschl.-Krankh. Bd. 17 S. 415, 852, 1925.

Schöne: Dermat. Wochenschr. Bd. 92 S. 232, 1931.

Schreiner: Dermat. Wochenschr. Bd. 92 S. 237, 1931.

Schütz: Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 46 S. 433, 1898.

Trautmann: Die Krankh. d. Mundhöhle u. ob. Luftwege bei Dermatosen.

Wagner: Erkrankungen der Mundhöhle, in Ziemssens Handbuch der spez. Pathologie und Therapie.

Westphalen: Dermat. Wochenschr. Bd. 88 S. 245, 1929.

Willan: Hautkrankheiten.

Lebenslauf.

Am 12. Februar 1910 wurde ich in Düsseldorf geboren. In Daun i. d. Eifel besuchte ich vom 6. bis zum 9. Lebensjahre die Gemeindeschule, um dann Ostern 1919 in die Sexta des König Wilhelms-Gymnasiums zu Magdeburg einzutreten. Am 23. Februar 1929 bestand ich an derselben Anstalt die Reifeprüfung. Im S. S. 1929 begann ich das Studium der Zahnheilkunde in Berlin, wo ich am 3. November 1930 die zahnärztliche Vorprüfung ablegte. Nach 2 klinischen Semestern daselbst verließ ich Berlin, um mein Studium in Freiburg i. Br. zu beenden. Hier bestand ich im Herbst 1932 die zahnärztliche Hauptprüfung.